

診療情報提供書

医療法人ときわ会 ときわ会病院

緩和ケア担当 馬場祥子
蝦名正子

年 月 日

紹介元医療機関の所在地

医療機関名

電話番号

FAX 番号

診療科

医師氏名

患者氏名	男・女	歳	大・昭・平・令	年	月	日生
------	-----	---	---------	---	---	----

1. 診断

①傷病名

②発症 ・時期 年 月 日頃

・発症状況(<例>検診で発見、〇〇症状出現など)

③病理診断 無 有 (診断名

病理診断確定日: 年 月 日頃

④既往歴

⑤現病歴 (簡単な抗がん治療の経過を含めてお願いします。別紙でもかまいません)

貴科初診日: 年 月 日

2. 現在の病状

①癌の状況(浸潤や転移などについて)

②その他の合併症(<例>イレウス、水腎症)

*** 検査データ(感染症を含む)や画像の情報提供をお願いいたします。**

③現在の症状

・疼痛 無 有 (部位

・疼痛以外の苦痛症状 無 有(具体的に

・精神症状

無

有 : 不眠 不安 抑うつ せん妄 認知症 その他(

④急変の可能性 無 有 (具体的に

⑤感染症の有無について

無

有: HBV() HCV() 梅毒(STS() TPHA()) MRSA()

その他(

3. 現在の治療

①現在の処方内容(内服薬・注射薬・点滴内容等)

②装着されているチューブ類について

CV(カテーテル・ポート(留置部位:)) NG チューブ 膀胱カテーテル

その他(

4. 緩和ケア病棟紹介の経緯について(複数選択可)

- 終末期の看取りのため 自宅から近いところでの入院希望
本人の希望 家族の希望
その他 ()

5. 病名・病状の説明について

本人への説明

*説明した日 年 月 日頃 *説明した医師 ()

- 病名のみ 転移・再発など含めて 悪性ではないように説明した
説明内容 (具体的に記載してください)

家族への説明 患者との関係 ()

*説明した日 年 月 日頃 *説明した医師 ()

- 本人と同内容 病名のみ 転移・再発など含めて 悪性ではないように説明した
説明内容 (具体的に記載してください)

6. 紹介時点での予後予測(複数選択可)

- 1年以上 6ヶ月以上 5ヶ月程度 4ヶ月程度 3ヶ月程度
2ヶ月程度 1ヶ月程度 週単位 日にち単位 不明

7. その他(上記に記載されなかった情報の提供をお願いいたします)